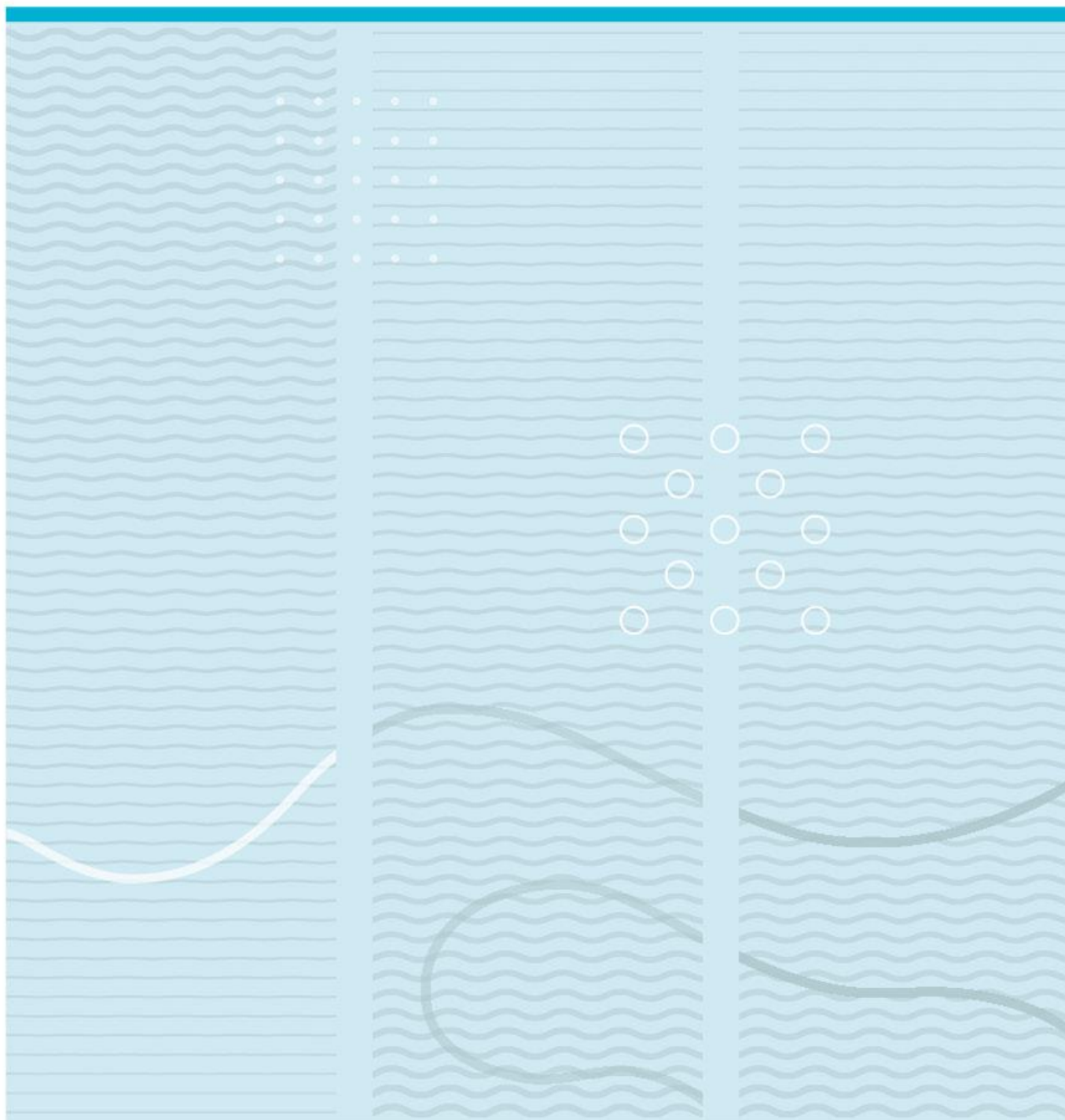


Miriam Maria Louise van Schijndel

Sykepleierens erfaringer på legevakt i møte med unge mennesker som har utført bevisst selvskading uten suicidal hensikt

En kvalitativ studie



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Miriam Maria Louise van Schijndel
Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Introduksjon: Forekomsten av unge mennesker med bevisst selvskading uten suicidal hensikt er utbredt, og har firedoblet seg de siste femten år i Norge. Det er et økende problem, og stadig flere unge mennesker skader seg selv. Legevakt er en viktig arena for tidlig avdekking av bevisst selvskading uten suicidal hensikt. Legevaktsykepleiere kan som første kontaktpunktet ha en signifikant rolle for disse pasientene.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å utforske sykepleierens erfaringer i møte med unge mennesker som har utført bevisst selvskading uten suicidal hensikt på legevakt.

Metode: En kvalitativ studie med individuelle semistrukturerte intervjuer av syv sykepleiere fra tre legevakter dannet datagrunnlaget i studien. Datainnsamlingen ble analysert med bruk av tematisk analyse.

Resultat: Hovedresultatene av analysen avdekket to hovedkategorier som presenterte viktige erfaringer av deltakerne: ressurser på legevakt og interaksjon med pasienten. Deltakerne trengte mer kunnskap og opplæring i møte med unge mennesker som har utført bevisst selvskading uten suicidal hensikt. Deltakerne ga uttrykk for utrygghet og maktesløshet i møte med denne pasientgruppen. De erfarte disse pasienter som en kompleks pasientgruppe hovedsakelig fordi de ofte har psykiske problemer.

Konklusjon: Legevaktsykepleiere følte seg ukomfortable til å gi omsorg for unge mennesker som har utført bevisst selvskading uten suicidal hensikt og psykisk helse. Sykepleierne ga uttrykk for at de trenger spesifikk opplæring i psykiatriske-, og kommunikasjonsferdigheter, og mangler retningslinjer til å ivareta denne pasientgruppen. Et hektisk legevaktmiljø egnet seg ikke til å gi psykisk vurdering og omsorg for disse pasientene.

Nøkkelord: Legevakt, bevisst selvskading, unge mennesker, erfaringer og sykepleier

Abstract

Introduction: The incidence of young people with deliberate self-harm without suicidal intent is widespread and quadrupling in the last fifteen years in Norway. It is a growing problem, and more and more young people are harming themselves. Out-of-hours clinic is an important arena for early detection of deliberate self-harm without suicidal intent. Emergency nurses may, as the first point of contact, have a significant role for these patients.

Aim: The objective of this study was to explore the nurses' experiences in their encounters with young people who have committed deliberate self-harm without suicidal intent in the out-of-hours clinic.

Method: A qualitative study with individual semi-structured interviews with seven nurses from three out-of-hours services formed the data basis for this study. The data collection was analysed using thematic analysis.

Results: The main results of the analysis revealed two main categories that presented important experiences of the participants: resources in the emergency room and interaction with the patient. The participants needed more knowledge and training in encounters with young people who have committed deliberate self-harm without suicidal intent. The participants expressed insecurity and powerlessness in their encounters with this patient group. They experienced these patients as a complex patient group mainly because they often have mental health problems.

Conclusion: Out-of-hours nurses felt uncomfortable providing care for young people who have committed deliberate self-harm without suicidal intent or mental health. The nurses stated that they need specific training in psychiatric and communication skills, and lack guidelines to safeguard this patient group. A hectic environment in the out-of-hours clinic was not suitable for providing psychological assessment and care for these patients.

Keywords: Out-of-hours clinic, deliberate self-harm, young people, experiences and nurse

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Abstract.....	5
Innholdsfortegnelse.....	6
Forord	8
1 Innledning.....	9
2 Bakgrunn.....	11
2.1 Bevisst selvskading	11
2.1.1 Inndeling selvskading	11
2.1.2 Årsaker og risikofaktorer til bevisst selvskading.....	12
2.2 Pasientens erfaringer	13
2.2.1 Hindringer	13
2.2.2 Opplevelser	14
2.3 Sykepleierens erfaringer.....	14
2.3.1 Utfordringer	15
2.4 Legevakt	15
2.4.1 Krav til legevaktsykepleiere	16
2.4.2 Retningslinjer.....	16
3 Problemstilling	18
3.1 Hensikten med studien	18
3.2 Problemstilling.....	18
4 Metode.....	19
4.1 Forskningsdesign	19
4.2 Datainnsamling.....	19
4.2.1 Utvalg	19
4.2.2 Forberedelse til intervju	20
4.2.3 Gjennomføring av intervju	21
4.2.4 Etterarbeid	22
4.2.5 Ethiske overveielser	22
4.3 Forforståelse	23
4.4 Analyse	24

4.4.1	Tematisk analyse	24
4.4.2	Beskrivelse av analyse	24
4.4.3	Tilnærming	26
5	Resultater	27
5.1	Ressurser på legevakt	27
5.1.1	Psykiatrisk kompetanse og opplæring.....	27
5.1.2	Utrygghet og avmakt	28
5.1.3.	Personal og lokasjon.....	30
5.2	Interaksjon med pasienten	30
5.2.1	I møte med bevisst selvskading og psykisk lidelse.....	30
5.2.2	Ferdigheter i kommunikasjon	31
5.2.3	Tidsdilemma	32
6	Diskusjon.....	34
6.1	Diskusjon av resultater	34
6.1.1	Opplæring og etterutdanning.....	34
6.1.2	Opplæring i praktisk kunnskap og omsorg	35
6.1.3	Et ønske om psykiatriske legevakter	36
6.1.4	Kompleksiteten i møte med BSSH	36
6.1.5	Utfordringer med kommunikasjon	37
6.1.6	Tidsbruk.....	37
6.2	Implikasjon for praksis	38
6.3	Diskusjon av metode	38
6.3.1	Reliabilitet	38
6.3.2	Validitet	40
6.3.3	Overførbarhet	40
7	Konklusjon	41
8	Litteraturliste	42
9	Vedlegg.....	46
9.1	Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltakelse	46
9.2	Vedlegg 2: Samtykkeerklæringskjema	49
9.3	Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	50
9.4	Vedlegg 4: Intervjuguide	53

Forord

Denne studien hadde ikke kunnet gjennomføres hvis ikke syv legevaktsykepleiere hadde stilt opp og delt sine tanker og erfaringer rundt temaet bevisst selvskading uten suicidal hensikt med meg. Jeg vil takke deltakerne i studien for bruk av sin tid og delte sine erfaringer. Det var veldig interessant og betydningsfullt å snakke med dere.

Takk til ledelsen ved Drammen legevakt som har gitt meg mulighet i tid å kunne fullføre studien, og en spesiell takk til Liv Heidi Brattås Remo som har vært en motiverende pådriver for at jeg startet AKS-utdannelsen. Takk til alle mine sykepleie- og legekolleger for støtte, forståelse og oppmuntring. En stor takk går også til min veileder Vivi L. Christensen, for dine konstruktive tilbakemeldinger. Din veiledning og oppfølging har holdt meg fokusert og motivert gjennom hele prosessen.

Lærere på masterutdannelse har gjort disse årene lærerike, inspirerende og utfordret meg til å bli den beste AKS-versjon av meg selv. Jeg takker også mine medstudenter for støtte og samarbeid gjennom studien.

En stor takk går også til Kristina B. Johnsen for gjennomlesingen av masteroppgaven.

Til slutt vil jeg takke min familie for all oppmuntring og støtte. Min mann for hans tålmodighet med en kone som til tider var fraværende. Du har vært hjelpsom og utholdende gjennom disse årene jeg har brukt for å fullføre utdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie.

Hyggen 10.01.23

Miriam M.L. van Schijndel

1 Innledning

Psykiske helseproblemer er en av de store folkehelseutfordringene i Norge, og selvskading er blant en av disse vi står overfor. Selvskading er vanligere blant unge mennesker i en alder av 16 til 25 år, og mer utbredt hos jenter enn hos gutter (Helsedirektoratet, 2014; Klonsky, 2007; Madge et al., 2008). Det er et økende problem, og det er stadig flere unge som skader seg selv, og omfanget øker spesielt blant jenter (Stänicke et al., 2018). Bevisst selvskading uten suicidal hensikt er en bevisst og ønsket skade som et menneske påfører seg, uten at de har til hensikt å ta sitt eget liv, og det er fremdeles en utfordring å forstå hvorfor de gjør det (Tørmoen et al., 2020; Øverland, 2006).

Det er mange metoder for selvskading og forgiftning er den hyppigste form for selvskading uavhengig av alder, mens selvskjæring er den vanligste metoden for unge mennesker (Miettinen et al., 2021). Denne studien handler om selvskjæring, som i denne studien blir omtalt som bevisst selvskading uten suicidal hensikt ved ungdom mellom seksten til atten år og unge voksne mellom atten og tjuefem år, omtalt som unge mennesker som har utført bevisst selvskading uten suicidal hensikt (BSSH). Pasienter som har utført BSSH kan oppsøke legevakter for hjelp fordi de er døgnåpne, og er den eneste muligheten for å få hjelp når andre tjenester er stengt. Som første kontaktperson på legevakt kan legevaktsykepleieren ha en viktig rolle i møte med denne pasientgruppen, og sykepleierens oppgave er å kartlegge skaden og risiko for selvmord, da selvskading er en viktig risikofaktor for selvmord (Hawton et al., 2015).

Primærhelsetjenesten i kommunene er en viktig arena for tidlig avdekking av selvskading og selvmordsatferd (Helsedirektoratet, 2017). Legevaktens rolle er å sikre at befolkningen får den legehjelpen som er nødvendig utenom fastlegenes og skolehelsetjenestens åpningstid. Med nødvendig hjelp forstås blant annet hjelp ved akutt psykisk lidelse som selvskading og selvmordstanker (Akuttmedisinforskriften, 2015, §6). Statistikken viste at pasienter med selvskading og selvmordsforsøk som oppsøkte legevakter økte betraktelig under pandemien, og isolasjon og nedstenginger av skolen påvirket økningen (Carison et al., 2022; Helsedirektoratet, 2021).

Sykepleiernes utfordring er at de skal gjøre vurderingen på en kortest mulig tid i møte med disse pasienter på legevakten. Ifølge Walby & Ness (2009) var denne pasientgruppen en utfordring for legevaktspersonell. Behandlingen er ofte todelt, fordi denne pasientgruppen trenger både behandling mot de psykiske plagene og medisinsk og kirurgisk behandling av skaden (Walby & Ness, 2009). Det finnes lite kunnskapsbasert forskning om hva selvskading handler om, og det finnes flere barrierer for unge mennesker som har utført BSSH for å få hjelp (Miettinen et al., 2021; Tørmoen et al., 2020). Barrierer unge mennesker opplever var stigmatisering og frykt for negative reaksjoner av

andre, følelse av skam, lange ventelister, usikkerhet for behov for hjelp og manglende evne å be om hjelp var andre hindringer (MacDonald et al., 2020). Temaet for denne studien ble valgt på bakgrunn av at kunnskapsgrunnlaget om selvskading og årsaker til selvskading er begrenset på legevakten (Helsedirektoratet, 2014). Vi trenger mer kunnskap for å kunne skille mellom ulike typer av selvskadingsatferd, og hvilke tiltak som kan gjøres på legevakten for å senke terskelen for denne pasientgruppen for å be om hjelp (Klonsky et al., 2015). Jeg vil utforske sykepleierens erfaringer i møte med disse unge mennesker som har utført BSSH på legevakten, og hvordan sykepleiere kan bidra til økt kunnskap og omsorg i møte med disse pasientene.

2 Bakgrunn

I dette kapitlet beskrives relevante begreper, pasientens erfaringer og forskning utført om temaet sykepleierens erfaring på legevakt i møte med unge mennesker som har utført BSSH.

2.1 Bevisst selvskading

Forekomsten av unge mennesker med bevisst selvskading er utbredt, og en syvlands komparativ samfunnsstudie, såkalt CASE-studien (Child and Adolescent Selfharm in Europe, 2008) hadde som hensikt å kartlegge bevisst selvskading hos ungdom. Resultatet viste at 10,7 % av elevene utførte BSSH, og selvskading var mer enn dobbelt så vanlig blant jenter (Madge et al., 2008). Ifølge Tørmoen har selvskading firedoblet seg de siste femten år (Tørmoen et al., 2020). Bevisst selvskading er en respons på følelsesmessig regulering for å håndtere vonde eller negative følelser (Favazza, 2012; Øverland, 2006), og alle former av selvskading bør tas på alvor. Klonsky (2007) mener at muligens bevisst selvskading brukes som anti-selvmonds modell for å motstå trang til å forsøke selvmord. Selvskading fungerer som erstatning for å begå selvmord. Selvskading er et rop om hjelp og å bli tatt mer alvorlig av helsepersonalet (Klonsky, 2007). De har ingen intensjon om å dø, men det er en mestringsmekanisme for å sikre overlevelse (MacDonald et al., 2020). Selvskadingsdebut starter ofte i tenåringsalder, og årsaker til bevisst selvskading kan være mange og ulike. Selvskading er ikke en diagnose, men et symptom, og ofte et tegn på underliggende psykiske problemer, som borderline personlighetsforstyrrelse og depresjon, og må behandles sammen med grunnlidelsen (Osborg et al., 2021; Walby & Ness, 2009).

2.1.1 Inndeling selvskading

Selvskading kan inndeles i fire hovedgrupper (Favazza, 2012):

1. Alvorlig selvskading er den mest kritiske gruppe, og psykose, schizofreni og ruslidelser er ofte en del av årsakene (Butler, 2016, Favazza, 2012; Øverland, 2006).
2. Stereotyp selvskading som ses ved mennesker med autisme eller psykisk utviklingshemming. (Favazza, 2012; Klonsky, 2007).
3. Tvangspreget selvskading ses hos mennesker hvor selvskadende atferd drives frem av tvangshandlinger. (Favazza, 2012).

4. Impulsiv selvskading ses ved skjæring som er den mest vanlige form og handler ofte om å forsøke å håndtere vanskelige tanker og følelser (Stänicke, 2018; Øverland, 2006).

Selvskjæring er den hyppigste form av BSSH hos unge mennesker (Favazza, 2012; Øverland, 2006) og den sistnevnte gruppen er den som er sentral i denne studien.

2.1.2 Årsaker og risikofaktorer til bevisst selvskading

Det finnes mange årsaker til at unge mennesker utfører bevisst selvskading. Årsakene er multifaktorielle og at det kan ligge mange motiver bak fenomenet.

Psykiske årsaker er de mest omtalte årsakene til BSSH, som borderline personlighetsforstyrrelser, angst, alvorlig depresjon, spiseforstyrrelser og post traumatisk stress lidelser. Men psykisk lidelse er ikke alene årsaken til bevisst selvskading. Det er blitt mer vanlig at mennesker uten psykisk lidelse kan utføre bevisst selvskading (Jacobson et al., 2008; Klonsky, 2007; Tørmoen et al., 2020).

Familiære årsaker kan være andre risikofaktorer, og studier nevner vanskelige relasjoner innad i familien. Manglende normal selvfølelse på grunn av usikre tilknytninger til mor og påfølgende manglende evne å individualisere seg fra moren ble nevnt. Håndtering av skilsmisse, omsorgssvikt og dødsfall av omsorgspersoner var andre vanskeligheter (Klonsky, 2007; Ystgaard, 2003).

Traumatiske opplevelser som seksuelt overgrep, vold i barndom og oppvekst kan knyttes til bevisst selvskading (Cyr et al., 2005; Ogilvie et al., 2014; Sommerfeldt & Skårderud, 2009).

Sosiale faktorer ble også identifisert som risikofaktor. Dette gjelder for alle unge mennesker uten at de er utsatt på bakgrunn av andre faktorer. En såkalt smitteeffekt gjennom sosialt samvær hvor andre i vennekrets har gjort det (Ystgaard, 2003). Videre gjennom internett via besøk av nettfellesskap, som er et miljø og kultur hvor disse unge mennesker utveksler erfaringer om selvskading. Selvskading er her et middel for å skape spenning eller begeistring. (Klonsky et al., 2015; Moland & Solvang, 2019).

Dissosiative årsaker ble også nevnt hvor unge mennesker skader seg for å slutte å føle ingenting som reaksjon om å føle noe (Klonsky, 2007; Lewis & Santor, 2010; Sommerfeldt & Skårderud, 2009).

Biologiske årsaker ble rapportert i forskning som lavt serotoninnivå hos pasienter med selvskadende atferd (Favazza, 2012; Fikke, 2011).

Unge mennesker som utfører BSSH kan også ha selvmordstanker og forskjellen mellom selvskading uten suicidal hensikt og selvmordsforsøk er ikke alltid like tydelig i praksis da det kan være et skjult

forsøk på å ta selvmord. Det rapporteres at selvskading er en sikker predikter av senere suicidal atferd (Mars et al., 2019; Ngune et al., 2021). Pasienter med BSSH er derfor ikke en homogen gruppe hvor alle skal ha samme type behandling. Selvskading er et komplekst og sammensatt fenomen og det er en utfordring for legevaktsykepleiere å forstå hva som kan være bak omliggende årsaker til det. Fokus i denne studie er å utforske sykepleierens erfaringer når denne pasientgruppen møter opp på legevakten før de har blitt vurdert av legen. Studien rettes både mot unge mennesker som har utført BSSH første gang, og gjentatte ganger.

2.2 Pasientens erfaringer

Det er viktig å forstå selvskading og hvordan unge mennesker selv beskriver det. Pasientene forteller ofte at de begynte å skade seg lenge før de ble henvist til behandling for selvskadingen (Favazza, 2012; Øverland, 2006). Når de får beskrive hva som har hjulpet dem, vektlegger de ofte at de har hatt behov å lære om alternativer til selvskading, og at det hjelper å kunne snakke om selvskadingen på en nøytral og respektfull måte (Øverland, 2006). Det kom frem at disse pasienter ønsket å bli møtt med respekt og åpenhet i en slik vanskelig situasjon, og beskrev at det er viktig for dem å få god informasjon om hva som skal skje og hva som ble forventet av dem (Øverland, 2006). Det er viktig å forstå at unge mennesker som har utført BSSH som kontakter legevakten ønsker å bli hjulpet på en eller annet måte (Rissanen et al., 2009).

2.2.1 Hindringer

Ifølge eksisterende litteratur er det mange hindringer for å søke hjelp. Pasienten som har skadet seg kjenner på følelser av skam eller skyld etter selvskading, og det kan være vanskelig å be om hjelp eller å ta imot hjelp. Manglende evne til å søke hjelp eller usikkerhet om behovet for hjelp var andre årsaker (Miettinen et al., 2021). Hindringer som ble beskrevet var problemer med lange ventelister, for få behandlinger, og å bli droppet av tjenestene (Wadman et al., 2018), og disse hindringer kan forårsake følelser av å bli sviktet (Miettinen et al., 2021). Annen forskning viste at pasienter følte at selvskading ikke bli anerkjent og avvist når de ikke fikk behandlingstilbud, og de følte seg ikke inkludert når en behandlingsplan ble tilbudt (MacDonald et al., 2020).

2.2.2 Opplevelser

Det rapporteres at mange pasienter hadde fortsatt negative erfaringer med helsevesenet, og ikke opplevde at de ble møtt på en verdig måte når de søker hjelp. Skam og skyldfølelse ble nevnt av

pasientene i forbindelse med å være en belastning for helsepersonellet og bruk av personalets tid. De følte at de var manipulative, og at de ble nedprioritert og skyvet bakpå i køen (MacDonald et al., 2020). Andre pasientopplevelser tydet på at fiendtlig omsorg hadde en negativ innvirkning på pasientenes fremtidige selvskading og kan føre til at de ikke søker om hjelp. Samtidig var sykepleiernes manglende kunnskap en annen faktor (Østervang et al., 2022). Stigmatisering, frykt og frustrasjon for unødvendig eller upassende behandling, som feilaktig vurdering for høy selvmordsrisiko, eller innleggelse på psykiatriavdeling ble også nevnt som andre problemer (MacDonald et al., 2020; Rissanen et al., 2009).

2.3 Sykepleierens erfaringer

Psykiatrisk kompetanse var en viktig ferdighet for sykepleiere i møte med denne komplekse pasientgruppe, og Stänicke (2018) belyser at kunnskap i møte med unge mennesker som har utført BSSH er viktig slik at pasienten føler seg forstått og respektert (Stänicke et al., 2018). National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sier at pasienter som har skadet seg selv skal behandles med respekt og verdighet, og tas vare på med samme medfølelse som alle andre pasienter (NICE, 2013). Til tross for internasjonale retningslinjer for selvskading var det en variasjon i kvalitet og levering av behandling, som tilgjengelighet og igangsetting av behandling, samt mangel på omsorg og skadehåndtering (Holland et al., 2020; MacDonald et al., 2020). Det kan være vanskelig for uerfarne legevaktsykepleiere å skille BSSH fra selvmordsforsøk. Ifølge Mehlum (2017) er det et viktig klinisk skille. Blander man disse formene er det fare for overbehandling eller underbehandling. For å gi riktig omsorg er det viktig å unngå underbehandling. Når selvmordsforsøk behandles som bevisst selvskading uten suicidal hensikt, risikerer det å gi pasienten mangelfull hjelp og kan føre til døden. Pasienter med bevisst selvskading med suicidal hensikt skal legges inn. Overbehandling oppstår når det ikke er indikasjon for innleggelse og pasienten bli innlagt på sykehus mot sin vilje. Disse pasientene skader seg for å dempe vonde følelser og skal ikke behandles for selvmordsforsøk (Mehlum, 2017). Fagpersoner frykter at innleggelsen kan skade den terapeutiske relasjonen (Klonsky, 2007). Å forstå hvorfor unge mennesker skader seg har blitt et sentralt fokus for mange forskere, og representerer et tydelig problem i helsetjenester. Det er behov for mer forskning for å forstå det komplekse samspillet mellom faktorer som kan påvirke forekomsten av BSSH hos unge mennesker (Tørmoen et al., 2020). Identifisering av årsakene pasientene oppgir til BSSH kan brukes som utgangspunktet i møte med disse pasientene og i behandling av atferden (Tørmoen et al., 2020; Øverland, 2006).

2.3.1 Utfordringer

Sykepleiere føler seg dårlig forberedt og mangler opplæring for å hjelpe pasienter som har utført BSSH (Koning et al., 2018; Mulhearn et al., 2021). Det er vanskelig å tolke andres hensikter og forstå hvorfor de utfører selvskading. I møte med disse pasientene er det viktig at legevaktsykepleierne er bevisst på hvilke følelser unge mennesker som har utført BSSH kan ha. Skamfølelse er spesielt viktig å reflektere over. Møte mellom sykepleier og pasienten kan være en avgjørende faktor for hvordan pasienten føler seg ivaretatt (Øverland, 2006). Manglende kunnskap kan bidra til opplevelse av sinne, avmakt eller fordømmelse hos sykepleiere. Dette kan gi en økt følelse av maktesløshet, og påvirker sykepleierens holdning og evne til å være empatisk og omsorgsfulle mot unge mennesker med BSSH (Artis & Smith, 2013; Conlon et al., 2012; Gibb et al., 2010; Mulhearn et al., 2021; Rayner et al., 2019). Sykepleierne manglet kompetanse til å påta seg psykisk omsorg for denne pasientgruppe. De ga uttrykk for at de ikke følte seg trygg og mente at deres opplæring om selvskading var utilstrekkelig (Gibb et al., 2010; Mulhearn et al., 2021; Østervang et al., 2022). Største vanskeligheten de nevnte var repeterende selvskading, vanskelig pasient atferd, kommunikasjonsvansker og tidspress (Gibb et al., 2010; Mulhearn et al., 2021). Miljøet på legevakter er ofte hektisk og støyende, som kan påvirke sykepleieren og bidra til å møte disse pasientene negativt, og dårlig oppfølging av pasienten (Mulhearn et al., 2021). I motsetning til somatisk lidelse hvor behandlingsoppgavene er tydelig beskrevet, mangler det tydelige retningslinjer for å ta imot pasienten, som har utført BSSH (Mulhearn et al., 2021; Robinson & Bailey, 2022).

2.4 Legevakt

Legevakt er en allmennt medisinsk virksomhet som skal sikre alle i kommunen nødvendig helsehjelp hele døgnet (Akuttmedisinforskriften, 2015, §6). Legevakt er en del av det kommunale tjenestetilbudet, og er sammen med fastlegene, en viktig aktør i behandling av BSSH. Kommunene har ingen spesialkompetanse innenfor psykisk lidelse, og det stilles ikke krav for legevaktspersonell å ha psykiatrisk kompetanse. Samhandlingsreformen i 2012 har lagt opp til at kommunene skal ha et stadig større ansvar for behandling og oppfølging av egne innbyggere. Mangel av fastleger har skapt økt pasientmengde og tidspress på legevakten (Nilsen, 2022).

2.4.1 Krav til legevaktsykepleiere

Selvskading er en vanlig kontaktårsak på legevakt (Butler, 2016; Helsedirektoratet 2017), og kontakten mellom sykepleier og pasient er avgjørende for å oppnå gode fysisk og psykisk omsorg til denne komplekse pasientgruppe. På legevakten jobber det mange ansatte med forskjellig bakgrunn, alder, erfaring og utdanning. De har derfor ulike måter å imøtekomme unge mennesker på som har utført BSSH. Vurderingen av unge mennesker som har utført BSSH skal gjøres av kvalifisert helsepersonell, og det krever kunnskap og erfaringer om selvskading for å hjelpe disse pasientene (Helsedirektoratet, 2017). Majoriteten av sykepleiere på legevakter har ingen eller mangelfull psykiatrisk kompetanse som er en viktig ferdighet i møte med denne pasientgruppe (Gibb et al., 2010; Hill, 2022). Legevaktsykepleierne var klar over betydningen av behovet for psykisk helsevern, men følte seg mer kompetent og motivert i medisinsk behandling (Østervang et al., 2022). Utfordringer for legevaktsykepleiere i møte med unge mennesker som har utført BSSH er å se sammenhengen mellom de fysiske, psykiske og sosiale problemer som har ført til skaden, samt at kartleggingen skal skje i kortest mulig tid og oftest i hektiske omgivelser. Dette kan skape utilstrekkelighetsfølelse for legevaktsykepleiere i møte med denne pasientgruppe (Mulhearn et al., 2021; Rayner et al., 2019; Øverland, 2006), og et hektisk og støyende miljø er ugunstig for pasienter med psykiske problemer.

2.4.2 Retningslinjer

I motsetning til somatisk lidelse hvor behandlingsoppgavene er tydelig beskrevet, mangler det tydelige retningslinjer for å ta imot pasienten, som har utført BSSH (Mulhearn et al., 2021; Robinson & Bailey, 2022). Legehåndbokens retningslinjer for legevakt anbefaler å kartlegge skadeadferd og følelser knyttet til selvskading, motivere til behandling ved gjentatte selvskading, og vurdering for behov for innleggelse og videre oppfølging hos fastlege (Johansen et al., 2018). Legevaktsykepleiere var dårlig informert om selvskading og selvmord (Rayner et al., 2019), og det var mindre sannsynlig at problemene identifiseres og retningslinjer følges opp. Majoriteten av legevaktsykepleiere var ikke kjent med retningslinjer knyttet til selvskading, og få hadde mottatt klinisk veiledning om dette temaet (Dillon et al., 2020). Det rapporteres også at det er forskjell på behandling av selvskading i henhold til kjønn. Ifølge forskning blir jenter oftere suturert på legevakten. De har et kortere behandlingsopphold, og sendes forttere hjem, mens gutter innlegges akutt på sykehus i forbindelse med intoksikasjoner (Helsedirektoratet, 2017; Ystgaard, 2003). Majoriteten av pasienter (72%) med utført BSSH kom til legevakt mellom 20.00 og 03.00.

Kontaktårsak for BSSH var hyppigst på natten, da legevakt er minst bemannet, og helgen som er mest hektiske (Bergen & Hawton, 2007). Mange pasienter som oppsøkte legevakten var i et behandlingsopplegg, og det er sentralt i legevaktsammenheng at det bør unngås å gjøre endringer i pasientens behandlingsopplegg (Walby & Ness, 2009). Legevaktsykepleiere møter unge mennesker som har utført BSSH første gang, og de som har gjort det gjentatte ganger. De ga uttrykk for frustrasjon og maktesløshet i møte med pasienter som har utført BSSH gjentatte ganger (Mulhearn et al., 2021; Østervang et al., 2022), og manglende kompetanse i dyptgående psykisk omsorg og vider oppfølging for disse pasienter på legevakten (Østervang et al., 2022). Min interesse for hvordan denne pasientgruppe ivaretas i praksis, og hvordan sykepleierens erfaringer kan bidra til optimalisering av mottakelse av unge mennesker med BSSH på legevakten var begrunnelsen for valg av temaet.

3 Problemstilling

3.1 Hensikten med studien

Hensikten med denne studien er å undersøke sykepleierens erfaring i møte med unge mennesker som har utført bevisst selvsykning uten suicidal hensikt på legevakt (BSSH). Ved å beskrive sykepleierens egne erfaringer og verdifulle tilbakemeldinger, kan man skape større forståelse for bevisst selvsykning, og forbedre kvaliteten på sykepleierens omsorg til unge mennesker som har utført selvsykning.

3.2 Problemstilling

For å få frem kunnskap om sykepleierens erfaringer har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

“Hvilke erfaringer har sykepleiere på legevakt i møte med unge mennesker som har utført bevisst selvsykning?”

4 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere mitt valg av metode og hvilket design jeg har valgt. Videre har jeg beskrevet hvordan data innsamlingen og analysen ble gjennomført, samt presentert utvalget og rekrutteringsstrategi. For å besvare problemstillingen har jeg valgt kvalitativ metode som bygger på teorier om menneskers erfaringer og fortolkninger av disse erfaringer.

4.1 Forskningsdesign

Kvalitativ metode egner seg for studier hvor man undersøker erfaringer og vektlegger å gå i dybde med få deltakere. Den søker en forståelse og innsikt av fenomenet. Den kjennetegnes av fleksibilitet for endringer i løpet av undersøkelsesprosessen. Kvalitativt forskningsdesign med individuelle semistrukturert forskningsintervjuer egner seg godt for å få frem sykepleiernes erfaringer knyttet til unge mennesker som har utført BSSH (Thagaard, 2016). Nærhet til feltet er et annet kjennetegn ved kvalitativ metode. Data ble innsamlet i direkte kontakt med deltakerne. Jeg ønsket å ta utgangspunkt i empirien og begreper som intervjupersonene selv brukte. Disse var nyttige for å utvikle en forståelse av dataenes meningsinnhold, og var relevante i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2016).

4.2 Datainnsamling

4.2.1 Utvalg

Det strategiske utvalget representerte syv sykepleiere ved tre interkommunale legevakter for å belyse problemstillingen og tolkningsarbeidet som var praktisk håndterbar for meg. En sykepleier ble forespurt på egen arbeidsplass, de andre seks sykepleiere meldte seg frivillig fra de to andre legevaktene. Dette valget ble gjort bevisst for å bevare en viss distanse og nøytralitet til deltakerne som intervjuer for å redusere innvirkning på de dataene jeg fikk, og at fortolkning av sykepleiernes perspektiver ikke ble påvirket av min personlige bånd til sykepleiere fra egen arbeidsplass (Thagaard, 2016). Utvelgning av sykepleiere ble gjort av virksomhetsledere av de respektive legevakter. Sykepleierne på legevakt har generelt ingen videreutdanning i psykiatri, eller tilstrekkelig psykiatriske kompetanse (Hill, 2022; Østervang et al., 2022), som representerte det teoretiske perspektivet. Hensikten med utvalget av deltakerne var at de ikke hadde videreutdanning i psykiatri, men erfaring med unge mennesker som har utført BSSH. Deltakerne jobber på legevakten, og dette har betydning for konklusjonen og validiteten (Thagaard, 2016).

Deltakerne var seks kvinner og én mann. En sykepleier hadde lang erfaring på legevakten, de andre seks deltakerne hadde mellom to til fire års erfaring med legevaksarbeid. Alle deltakerne hadde kjennskap til tematikken, ingen av deltakerne hadde videreutdanning i psykiatri. En deltaker var gruppesykepleier, en deltaker hadde utdannelsen i avansert klinisk allmennsykepleie, og fem deltakere hadde interessen for psykiatri. De som ikke ønsket å delta, hadde jeg ikke innsyn i. Inklusjonskriterier var sykepleiere som har erfaring med unge mennesker som har utført BSSH, og uten videreutdanning i psykiatri. Sykepleiere var fast ansatt i femti prosent stilling eller mer og har jobbet mer enn tjuefire måneder på legevakten.

Eksklusjonskriterier var tilkallingsvikarer som jobbet som sykepleier på legevakten, fast ansatte i mindre enn femti prosent stilling og som hadde jobbet mindre enn tjuefire måneder på legevakten. Sykepleiere som ikke hadde erfaring med unge mennesker som har utført BSSH, eller som hadde videreutdanning i psykiatri.

Rekrutteringsprosedyre

I kvalitative studier er det viktigere å rekruttere deltakere som har informasjon som er relevant for studiens problemstilling, enn hvor mange deltakerne som skal delta (Thagaard, 2016). Rekruttering ble utført på legevakten deltakerne jobbet slik at det ble minst mulig belastning for den enkelte. En annen fordel med rekruttering på arbeidsplassen var at gjennomføring av intervjuet ble holdt i den rette settingen som var viktig for undersøkelsen (Johannesen et al., 2017). En forutsetning var at sykepleierne hadde erfaringer relatert til unge mennesker som har utført BSSH. Virksomhetsledere ved legevaktene ble kontaktet via mail med spørsmål til rekruttering av deltakerne og tillatelse til prosjektet. Et informasjonsskriv ble vedlagt med frivillig deltakelse i dette prosjektet som virksomhetsledere formidlet videre til deltakerne. Informantene fikk skriftlig informasjon om studien, frivillighet og anonymisering to uker før deltakelse.

4.2.2 Forberedelse til intervju

Tilbakemeldingen om deltakelse fikk jeg via e-post av virksomhetsledere, og jeg fikk tilsendt seks e-post adresser til deltakerne. En deltaker ble forespurt på egen arbeidsplass. De seks deltakerne ble deretter kontaktet skriftlig via e-post av meg og tidspunkt og intervjuetstedet ble valgt av intervjupersonen for å skape trygghet hos intervjupersonen. Seks intervjuer fant sted i et egnet rom på deltakerens arbeidsplass, og intervjuet med deltakeren fra egen arbeidsplass fant sted hos deltakerens hjem. Samtalen ble tatt opp med UiOs Nettskjema Diktafon og anonymisert i etterkant,

og lydopptakene vil bli slettet når prosjektet avsluttes. Semistrukturert intervju ble valgt som datainnsamlingsmetode for å få en fylldig og detaljert informasjon av legevaktsykepleierens erfaringer knyttet til temaet. Semistrukturert intervju er fleksibelt og åpent til å få kunnskap, og egner seg for å utvikle en forståelse av hvordan intervjupersonene erfarte og reflekterte over unge mennesker som har utført BSSH (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.2.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuguiden tok opp ulike temaer for å få svar på problemstillingen, og ble brukt som hjelpemiddel under samtalen som hjalp meg som uerfaren intervjuer, for å sikre struktur i samtalen. Spørsmålene jeg hadde til hjelp var åpne og jeg la vekt på at intervjupersonen kunne tale helt fritt innenfor tematikken for at sykepleierne kunne komme med nyanserte beskrivelser av sine erfaringer. Spørsmålene omhandlet blant annet sykepleierens erfaringer med selvskading og oppholdet for disse pasienter på legevakt, samt begrensninger og muligheter de så i møte med denne pasientgruppen. Sykepleiernes relevante beskrivelser av sine erfaringer var utgangspunktet i empirien som hadde relevans for meg til å utvikle en forståelse av meningsinnhold av dataen. Intervjuene ble avsluttet når jeg selv synes jeg hadde oppnådd metningsmål. Intervjuguiden besto av tolv åpne spørsmål, hvorav de første fire spørsmål var faktaspørsmål om deres bakgrunn og for å skape en avslappende stemning og en relasjon til deltakerne (Johannessen et al., 2017). Alle intervjupersonene fikk samme spørsmålene, hvor de ble bedt om å fortelle sine erfaringer og opplevelser rundt blant annet hvordan de erfarte oppholdet for disse pasienten, og om opplæring og behandlingsprosedyren på legevakt. Refleksjon over betydningen av min intervjurolle og forhold til deltakerne var viktig for å oppnå tillit til deltakerne. Hensikten var å finne balanse mellom distanse til deltakerne i intervjuene og egen åpenhet og nedtoning av egne meninger (Thagaard, 2016). Jeg utførte de syv individuelle intervjuene fra slutten av mars 2022 til og med april 2022. Det var avsatt en time til hvert intervju og i gjennomsnitt varte intervjuet 34 minutter, hvor det korteste varte 27 minutter og 50 sekunder og det lengste 42 minutter og 41 sekunder. Det første individuelle intervju var et pilotintervju med en sykepleierkollega som ble forespurt på egen arbeidsplass. Sykepleier fikk lese informasjon om prosjektet rett før intervjuet. Samtykke ble lest og innhentet før intervjuet startet, og anonymisering ble ivaretatt. En fordel med pilotintervju var at jeg kunne teste de ulike temaer og spørsmål som belyste problemstillingen før jeg satt i gang selve intervjuene. For å få spontane beskrivelser av sykepleierens livsverden og sammenhengende fortellinger hadde jeg utviklet spørsmål relatert til den teoretiske bakgrunn av problemstillingen.

Pilotintervjuet ble valgt å ta med som en del av mine resultater fordi intervjuet inneholdt mange verdifulle beskrivelser og opplevelser i forhold til problemstillingen. Pilotintervjupersonen hadde en høyere utdanning og refleksjon over denne seleksjonsskjevheten var viktig for betydning av svarene jeg fikk. Svarene var like som for de øvrige deltakerne (Thagaard, 2016). Pilotintervjuet var mer preget av min usikkerhet og uerfarenhet som intervjuer, og fungerte som øving på intervjusituasjonen og hvordan jeg kunne håndtere ulike svar (Johannessen et al., 2017). Refleksjon over dette intervjuet var viktig om min intervjuteknikk egnet seg for å få svar på spørsmålene. Oppfølgingsspørsmål ble stilt hvor svarene ikke var helt tydelige for meg, eller for å få nyanserte kommentarer til temaer som intervjupersonen beskrev og å utdype intervjupersonens mening i utsagn (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.2.4 Etterarbeid

I etterkant av intervjuene ble intervjusamtalene transkribert til tekst. Jeg brukte dagene rett etter intervjuet til å transkribere teksten selv. Fordelen med å skrive selv var for å sikre de mange detaljene som var relevante for analysen under skriveprosedyren, og at jeg ble bedre kjent med materialet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det samlede datamaterialet besto av 3 timer og 58 minutter med lydopptak som ble skrevet ned til 30 sider med skriftlig tekst. Teksten ble transkribert ord for ord i et Word-dokument og lydopptaket ble lyttet flere ganger for at teksten ble gjengitt så nøyaktig som mulig. I teksten ble det brukt linjeskift mellom spørsmål stilt av intervjuer og svar fra deltakeren, Pauser ble markert med strek, og følelsesuttrykk som «sukk» eller lyder som «hmm» ble angitt i teksten. Noe ganger var det uklart for meg å høre hva som ble sagt som jeg markerte med tomme parenteser i teksten.

4.2.5 Ethiske overveielser

I denne studien ble intervju brukt som kvalitativ datainnsamlingsmetode. Kvale mener at intervjuene er et menneskelig samspill og kan derfor påvirke deltakerne under og i etterkant av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuet i denne oppgaven gjennomføres av deltakere innenfor egen kultur, dette gjør det lettere å identifisere seg med deltakerne. Min rolle var å skape en balanse mellom å lytte og spørre, og å skape en nøytral og avslappende atmosfære. Deltakerens informasjon var basert på hvordan de oppfattet meg som legevaktsykepleier og masterstudent i avansert klinisk allmennsykepleie. Min refleksjon over egen rolle var viktig med tanke på hvordan deltakernes atferd og måten de uttrykte sine erfaringer (Thagaard, 2016). Deltakelse i denne

studien bidro på ingen måte til å skade eller provosere deltakerne og hadde ikke noen risiko eller negative konsekvenser for deltakere. Da metode og utvalg ble bestemt innebar dette innhenting av personopplysninger, og i tråd med forskningsetiske retningslinjer har jeg søkt om bekreftelse til gjennomføring av prosjektet via Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Søknaden ble sendt i begynnelsen av mars 2022, vedlagt med intervjuguiden (vedlegg nr. 4), informasjonsskriv til deltakelse (vedlegg nr. 1), og samtykkeerklæringsskjema (vedlegg nr. 2).

Godkjenning fra NSD (vedlegg nr.3) kom i slutten av samme måned, og rett etter startet jeg med rekruttering av deltakere. De ble informert om at de når som helst kunne trekke seg ut fra studien.

Skriftlig samtykke ble signert rett for intervjuet fant sted (Helseforskningsloven, 2008, §13).

Datamaterialet ble oppbevart i henhold til helseforskningsloven og Universitet i Sør Øst Norges retningslinjer. Transkripsjoner ble oppbevart på kryptert minnepenn. Intervjupersonene ble informert om at opplysninger ble behandlet konfidensielt og at datamaterialet ble anonymisert.

4.3 Forforståelse

Som erfaren sykepleier på legevakten var det tydelig at jeg hadde en forforståelse om hvordan denne pasientgruppen møtes på legevakten, og hvordan sykepleiere kunne møtte disse pasientene på arbeidsplassen. Mange år på legevakten har gitt meg innblikk og erfaring om temaet og i denne sammenheng var det viktig å reflektere og være bevisst over min egen rolle. Min posisjon innenfor miljøet som legevaktsykepleier ga meg et godt grunnlag for forståelse av temaet. Min kjennskap til miljøet kan være både en styrke og en begrensning. På den ene siden forsto jeg sykepleiernes situasjon og mine erfaringer ga grunnlag for gjenkjennelse, som bidro til den forståelsen jeg etter hvert kom frem til. På den andre siden kunne min tilknytning til miljøet føre til at jeg overså nyanser som var forskjellige fra mine egne erfaringer (Thagaard, 2016). Den forståelsen jeg har utviklet gjennom forskningslitteratur om temaet, og gjennom empiri i forskningsprosessen, har jeg forsøkt å se i sammenheng med min forforståelse. Målet mitt var å forstå sykepleierens erfaringer fra virkeligheten, og å oppnå en gyldig forståelse av meningen i teksten. Min forforståelse, kunnskap og oppfatninger om temaet har formet forskningsprosessen. Mine egne erfaringer, verdier og oppfatninger som en rutinert legevaktsykepleier tas ubevisst med i forskningsprosjektet, og kan ha påvirket innsamling av data jeg brukte, og fortolkning av dataene (Johannessen et al., 2017).

4.4 Analyse

4.4.1 Tematisk analyse

Sentrale spørsmål til datamaterialet ved tematisk analyse var «hva» jeg så etter som sentrale begreper i materialet og «hvordan» disse begrepene forholdet seg til hverandre. Tematisk var de sentrale spørsmålene relatert til intervjuets «hva» og «hvordan», til de teoretiske oppfatningene av forskningstemaet, og til den etterfølgende analysen av intervjuet (Braun & Clarke, 2022). Jeg har anvendt tematisk analyse av Braun og Clarke (2022) som forklarte analysen på en forståelig måte for meg som er uerfaren til kvalitativ analyse. Det er en metode for å identifisere, analysere og tolke mønsterets mening på tvers av datasettet. Tematisk analyse er en systematisk prosess med datakoding for å utvikle data koder, for å utvikle temaer, og hvor temaer er det viktigste analytiske formål (Braun & Clarke, 2022). Jeg ønsket å utforske sykepleierens erfaringer og opplevelser i møte med unge mennesker som har utført BSSH. Den tematiske analysen la vekt på presentasjonen av sentrale temaer i denne undersøkelse, hvor jeg analyserte meninger og opplevelser fra alle deltakere om hvert tema.

4.4.2 Beskrivelse av analyse

Den tematiske analyseprosessen besto av fire trinn, og den systematiske måte bidro til at jeg fikk et mer solid fundament med tanke på hvordan jeg tolket materialet.

Identifisering og knytting av kodeord til datamaterialet

Trinn 1 besto av å bli fortrolig med det skriftlige datamaterialet etter alle intervjuene ble gjort om til tekst. Jeg leste teksten grundig for å få oversikt over materialet. I denne fasen ble det rådet å ta av «brillen» og gå helt ned i teksten, og det var viktig å sette min forforståelse og teori til siden. Ved å lese intervjuene flere ganger klarte jeg å indentifisere interessante uttalelser av hver deltaker og grupperte disse utsnittene av data i foreløpige koder. Prosessen med koding betydde at utsnitt av data ga meg interessante uttrykk av meningsinnholdet i teksten, og indentifiserte mønstre og temaer som jeg oppfattet som relevant for min problemstilling. Dette representerte ikke alt hva som ble sagt, men inkluderte svarene i datamaterialet som jeg syntes fremhevet gode poeng. I starten av temautviklingen var det koder som ikke passet under noe foreløpige temaer, men kunne blitt revurdert senere i analyseprosessen hvis det hadde relevans (Braun & Clarke, 2022)

Kategorisering av mening

Trinn 2 belyste alle deltakerne flere aspekter som var interessante i henhold til problemstillingen, og gjenkjennelig fra min egen erfaringen som sykepleier om temaet. I dette trinnet markerte jeg flere tekster som hadde relevans for problemstillingen med en bestemt farge for hver deltaker. Tekstmaterialet ble på den måten kondensert for å få en oversiktlig tekst og systematisk struktur av empirien som gjorde det lettere for meg å identifisere sentrale temaer og mønstre i materialet. Disse tekstenhetene eller kodene ble lest flere ganger og i denne fasen fokuserte jeg på å finne kodene som omhandlet samme tema, og samlet disse kodegruppene i kategorier (Braun & Clarke, 2022). Kodene jeg fant i denne fasen omhandlet spesifikke uttalelser av deltakerne som kunne omhandle fremtidige temaer.

Utvikling av kategorier

Trinn 3 besto av å sortere de forskjellige kodene under mulige kategorier som vist i tabell 1 nedenfor. Induktiv koding ble utført av data for å danne et sett med beskrivende kategorier som karakteriserte datainnsamlingen. Kategorier jeg fant i denne fasen omhandlet blant annet rutiner på legevakten, oppfatning av pasienten, sykepleierens rolle og kommunikasjon. Kategorisering av materialet innebar at jeg reflekterte over hvordan de kodene jeg hadde utviklet kunne klassifiseres. Det representerte en interaksjon mellom min forforståelse og tendenser i datamaterialet (Braun & Clarke, 2022).

Tabell 1. Sortering og utvikling av foreløpige hovedkategorier og underkategorier i trinn 3

Kategori	Underkategori
Sykepleierens opplevelser i møte med unge mennesker som har utført BSSH	Om pasienten
	Om egen rolle
Sykepleierens ferdigheter i møte med unge mennesker som har utført BSSH	Kompetanse og kunnskap
	Kommunikasjon
Et ønske å forbedre tjeneste på legevakten	Psykiatrisk legevakt
	Behandlingstilbud

Definere og nevne temaene

Trinn 4 besto av å nevne og definere temaene. De foreløpige kategoriene som vist i tabell 1, fanget ikke opp problemstillingen min. I trinn 4 var jeg mer nøyaktig og gikk mer i dybden for å forsøke å se det som lå bak det åpenbare. Hensikten var å få tydeligere frem hva sykepleierne i denne studien beskrev. Beskrivende temaer utviklet seg til analytiske temaer som ble videre kategorisert (Braun & Clarke, 2022). Tabell 2 presenterer to hovedkategorier og består av ressurser på legevakten og interaksjon med pasienten med tre underkategorier som hver presenteres i kapittel fem.

Tabell 2. *Definitive hovedkategorier og underkategorier som kom frem av analysen*

Kategori	Underkategori
Ressurser på legevakten	Psykiatrisk kompetanse og opplæring
	Utrygghet og avmakt
	Personal og egnede lokaler
Interaksjon med pasienten	I møte med bevisst selvskadning og psykisk lidelse
	Ferdigheter i kommunikasjon
	Tidsdilemma

4.4.3 Tilnærming

Et viktig spørsmål ved tematisk tilnærming er hva definisjon av et tema er, og konseptualisering og prosedyrer for identifisering av ulike temaer. Kodingspålitelighet er en tilnærming til tematisk analyse for å diskutere disse variasjonene (Braun & Clarke, 2016). Tematisk analyse er fleksibel og kodingsprosessen skjer på to nivåer, den semantiske og latent mening. Den semantiske mening er åpen mening og den latente er implisitt mening. Analyseprosessen var å oppdage temaer i datamaterialet som Braun og Clarke (2016) beskriver som diamanter spredt i sanden.

Oppdagelsesprosessen ble utformet av min vektlegging og utheving av temaer, og hva jeg la merke til som studentforsker (Braun & Clarke, 2016). I denne studien ble datamaterialet etter intervjuene analysert og fortolket, med induktiv tilnærming, og begrepene intervjupersonene selv brukte kunne i analysen føre til interessante resultater (Braun & Clarke, 2022).

5 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatet av analysen. To hovedkategorier var i fokus i denne avhandlingen, ressurser på legevakten og interaksjon med pasienten. Hovedkategoriene var delt i tre underkategorier hvor sykepleierens ulike erfaringer ble presentert, hvor likheter og ulikheter ble beskrevet mellom dem. For å utdype temaer som presenteres har jeg gitt sitater fra deltakerne som ga beskrivelser av erfaringer som gjald alle deltakerne eller enkelte erfaringer som kunne beskrive nyansene (Thagaard, 2016). Analysen avdekket lite variasjoner hos deltakerne i opplevelsene i møte med unge mennesker med BSSH.

5.1 Ressurser på legevakt

5.1.1 Psykiatrisk kompetanse og opplæring

Resultatene avdekket at kompetanse og kunnskap var sentral for sykepleiere på legevakten for å ivareta denne pasientgruppen. Kunnskap i denne sammenheng betydde at deltakerne etterlyste mer opplæring om psykisk helse og BSSH. Analysen viste at de ga uttrykk for mangel i psykiatrisk kompetanse som hadde betydning for hastegradsvurdering i psykisk vurdering og kartlegging av denne pasientgruppen. Samtlige deltakere nevnte at de trengte mer kompetanse og kunnskap på dette området. Deltakerne følte at de gjorde så godt de kunne, men de lurte på om de kunne gjort mer. De ga også uttrykk for at de ikke visste om de gjorde det riktig:

«vi sykepleiere møter dem først, vi har en sterk posisjon, men vi mangler kunnskap [...] Bedre kartlegging av disse pasienter som vi kategorisere som psykiatri» (P4)

En annen deltaker forklarte at for lav kompetanse har konsekvenser for tilnærming til denne pasientgruppen. Det kom frem i intervjuene at det ikke handlet om at deltakerne ikke ville, men manglende fagkunnskap gjorde at de ikke visste hva og hvordan man kan bidra med. Konsekvensen av manglende kunnskap resulterte i at en av deltakerne valgte andre pasienter fremfor de som har utført BSSH. Det kom frem at kompetanse i psykiatrisk kartlegging kan forbedres og at alle pasienter, somatiske, geriatriske og psykiatriske, burde fått samme rask avklaring. De fleste deltakerne i studien så at disse pasientene hadde det vondt, som utløste at de skadet seg selv. En av deltakerne nevnte at BSSH muligens ikke ble oppfattet som alvorlig av legevaktspersonalet og pasienten fortsetter derfor å skade seg for å vise personalet at de trenger hjelp. Det ble nevnt at

unge mennesker som har utført BSSH oppsøker legevakten fordi de trenger behandling av sårskade, og legevaktens oppgave var å behandle den fysiske skaden. Medisinsk behandling som sårbehandling og sutur kom først. Utelukke faren for suicidal hensikt og sikre at de ikke hadde skarpe gjenstander mens de ventet på legen. Flere ga uttrykk for at behandling av såret var den eneste behandlingen de ga. Hos pasienter som var under behandling eller fikk oppfølging med DPS, var det bare fokus på skadehåndtering av såret:

«Vi bruker ikke noe behandlingsprosedyre [...] jeg føler at vi behandler såret» P4

Opplæring på arbeidsplassen var etterlyst av samtlige deltakere. Det ble nevnt at legevakten burde satset på å trene opp sykepleiere i psykiatri, og at man hadde en overordnet pekepinn å gå etter med psykiatri. Alle deltakerne fortalte at de ikke har hatt tilbud om kurs om selvskading på legevakten, men noen hadde hatt kurs om psykisk lidelse og vold. Deltakerne påpekte nødvendigheten for mer opplæring om selvskading. Samtlige deltakerne fortalte at de egnet seg som selvlærte i møte med unge mennesker som har utført BSSH, blant annet gjennom egne arbeidserfaringer og hvordan andre kolleger gjorde det. Mangel av behandlingsprosedyrer og retningslinjer på hvordan man skal håndtere denne pasientgruppen var felles for samtlige sykepleiere i studien:

«vi har jo ingen retningslinjer som sier noe om hvordan vi skal håndtere disse pasientene» (P1)

«vi har en metodebok med det om selvskading, men den forteller mye om skadehåndtering» (P2)

5.1.2 Utrygghet og avmakt

Analysen viste at deltakerne hadde forskjellige forklaringer om sin trygghet i møte med unge mennesker som har utført BSSH. Enkelte følte seg utrygge og beskrev sin egen rolle som usikker og utilstrekkelig. En deltaker nevnte at dersom legevakten hadde satset på opplæring av sykepleiere i psykiatri og kommunikasjonsteknikker kunne man bli tryggere i rollen. Flere følte seg sterkere innenfor somatikken. En nevnte at halvparten av sykepleiere som jobber på legevakten er engstelige når det kommer en psykiatrisk pasient. Redselen for verbal utagerende pasienter som vegrer seg for behandling ble også nevnt. Det ble trukket frem at disse pasientene fortjener å bli møtt av et personale som ikke er redde for dem og klarer å se hvor vondt de har det, selv om de har

påført skaden selv. Mange av deltakerne har erfart at noen kolleger var mindre imøtekommende ovenfor unge mennesker som har utført BSSH. Forklaringen de hadde handlet om frustrasjon og maktesløshet. En deltaker uttrykte det slik:

«jeg er litt oppgitt over selvskadere, jeg skjønner ikke helt hvorfor» (P2)

En annen deltaker uttrykte at sykepleiere ikke får gjort noe mer enn stabilisering av såret. Pasientene sitter bare å vente til legen overtar. Sykepleierens maktesløshet av hvordan man kan bidra å hjelpe pasienten, gjorde at sykepleieren ble mindre engasjert:

«hvordan kan jeg jeg i løpet av 20 minutter gjøre hva som helst, og da blir jeg litt sånn, sånn som jeg mister litt piffen [...] Jeg får ikke gjort noe mer» (P1)

Følelse av maktesløshet oppsto også etter disse pasientene var ferdigbehandlet på legevakten. Flere deltakere hadde ulike oppfatninger om oppfølgingstilbudet til disse pasientene. De påpekte begrensninger for henvisning til for videre oppfølging, og at tilbudet om hjelp ikke var tilstrekkelig. En deltaker fortalte at tilbudene ikke bli brukt på best mulig måte, og må brukes bedre. Noen pasienter hadde ikke funnet den riktige behandlingsmåten. På spørsmål fra pasienter om behandlingstilbud klarte ikke en deltaker i studien å besvare spørsmålet og var usikker på om legen hadde informert de. Flere ga uttrykk for at denne pasientgruppen ikke hadde et velfungerende hjelpeapparat rundt seg. De nevnte at oppfølgingen for disse pasientene sviktet etter at de var ferdigbehandlet på legevakten og er grunnen til at de stadig kommer tilbake på legevakten:

«jeg lurer på hva de gjør ved BUP [...] Da har de fått en avtale om to uker [...] i mellomtiden går tankene og må de holde seg, og da sprekker de og så kommer de igjen til oss» (P5)

En mente at disse pasientene får den hjelpen på legevakten eller sykehuset, men at de ikke fikk særlig oppfølging hjemme når de var ferdigbehandlet. Deltakeren nevnte at pasienten opplevde at tilbudet var for dårlig, som man ikke kan gjøre noe med på legevakten. Det ble også trukket frem at mange tror at legevakten er bemannet med en psykiater. Hvis legevakten hadde vært bemannet med en psykiater kunne tilbudet forblitt på legevakten, og unngått innleggelse for de som ikke oppfyller kriteriene.

5.1.3 Personal og egnede lokaler

Alle deltakerne ble spurt om hvilke begrensninger og muligheter de så på legevakten i møte med unge mennesker som har utført BSSH. En begrensning var dårlig bemanning på legevakten, dette mente flere av deltakerne at gjorde det utfordrende å følge opp og ivareta pasientene. Det ble nevnt at det kreves ressurser fra legevakten sin side innenfor selvskadingssituasjoner. Samtlige deltakere nevnte at de ønsket personal med videreutdanning i psykiatri på legevakten:

«Man kunne hatt en psykiatrisk seksjon, personal for psykiatriske pasienter, slik at de får en tettere oppfølging og slipper å bli 'svingdørspasienter'» (P1)

Det ble fremhevet av samtlige deltakere at de har et ønske om en psykiatrisk legevakt. Deltakerne ga klart uttrykk for at det er nødvendig at disse pasientene burde vurderes av personell som har videreutdanning i psykiatri, helst på en psykiatrisk legevakt. Samtlige deltakere fortalte at psykiatriske pasienter tar tid og ressurser fra legevakten. Flere nevnte at det var en begrensning med personell med kompetanse i psykiatri på legevakten. De mente at det er behov for bedre kartlegging av denne pasientgruppen som man kategoriserer under psykisk lidelse. En annen begrensning var manglende lokaler for å ta dem imot. Mange deltakere mente at det manglet egnede rom og at det var utfordringer knyttet til de pasientene som trengte tilsyn. En mente det motsatte og at pasientene opplevde at det var fint å være på legevakten der, fordi det lå til rette med hvilerom uten utstyr.

5.2 Interaksjon med pasienten

5.2.1 I møte med bevisst selvskading og psykisk lidelse

Alle deltakerne hadde erfaring med unge mennesker som har utført BSSH, og var enige i at det er en utfordrende gruppe på legevakten. Analysen viste at deltakere hadde forskjellige forklaringer som var utfordrende i møte med denne pasientgruppen. En deltaker fortalte at i møte med unge mennesker som har utført BSSH må man forholde seg til psykisk lidelse, og at disse pasienter kobles til «psykisk vurdering» på legevakten. De har ofte underliggende psykiske problemer som gjør at det er en kompleks gruppe. Flere av deltakerne erfarte de psykiske underliggende årsakene som tungt å håndtere. De erfarte unge mennesker som har utført BSSH som en vanskelig gruppe å forstå fordi de ikke forsto hvorfor et menneske ønsker å skade seg. En deltaker opplevde denne pasientgruppe

som variert, i kombinasjon med psykisk lidelse var det tungt, andre ganger var det bare behandling av skaden og bli ferdig. En annen mente at psykiatri på legevakten er underprioritert og at legevaktpersonellens kunnskap og håndtering ikke kan sammenlignes med en psykiatrisk avdeling. Det var flere faktorer som spilte inn ved håndtering av selvskadingssituasjoner med hensyn til underliggende psykiatriske kormorbiditet, suicidale tanker og urolige pasienter. Dette krevde mye av legevaktsykepleiernes ressurser mens de ventet på legetilsyn. Deltakeren mente at det er mer uklart innenfor psykiatrien enn somatikken. Flere fortalte at fordommer i forhold til selvskading og i generell psykiatri var en annen utfordring i møte med disse mennesker:

«Man merker det at noen er mer oppgitt [...] Noen sykepleiere er mindre imøtekommende» (P3)

Det var flere som mente at legevaktens rolle ikke skal behandle den psykiske lidelse, og at legevakten ikke skal gå i dybde med disse pasientene. Andre ga uttrykk for at unge mennesker med utført BSSH skal behandles på lik måte som alle andre pasienter, og la vekt på å se pasienten i sin helhet. Disse pasientene er en sårbar gruppe. En annen nevnte at noen tenker at disse pasientene er en byrde, mer enn andre pasientgrupper fordi de ikke klarer å se hva disse menneskene sliter med:

«de ønsker ikke å dø, men har det vondt» (P4)

5.2.2 Ferdigheter i kommunikasjon

Unge mennesker som har utført BSSH har vanskeligheter med å sette ord på følelser og tanker, og det kan være tungt å snakke med et menneske som sliter psykisk. Resultatene viste at kommunikasjon var en annen sentral del i møte med denne pasientgruppen. Kommunikasjon var en utfordring for legevaktsykepleiere. En deltaker forklarte at kommunikasjonsteknikker bidro til hvordan man skal utføre en samtale med disse pasientene, og å bli tryggere i rollen. Noen deltakere etterlyste hvordan man skal ordlegge seg, og hvilke kommunikasjonsteknikker man kunne bruke når pasienten var urolig. Kommunikasjonsvansker var en utfordring når pasienten ikke klarte å verbalisere hvorfor de har utført BSSH:

«tenker at de utfordringene vi har [...] de er veldig restriktive med informasjon [...] de klarer ikke å ordlegge seg, så klart det er ikke lett heller fordi hvordan skal man på en måte beskrive, eh, dette hvordan man har det, det er oftest problemet» (P7)

Det kom frem at verdighet og åpenhet var egenskaper som bidro til en god samtale. En deltaker fortalte at det var viktig å være tydelig, respektfull og tålmodig i kommunikasjon med disse unge menneskene. Noen av deltakerne mente at det var viktig å stille de vanskelige spørsmålene og ha mot til å si det som var vanskelig høyt. Det ble nevnt av deltakerne at det oppleves som ubehagelig dersom sykepleier ikke snakket med pasienten. En deltaker mente at den samtalen pasienten får med den første sykepleieren, er en av de viktigste samtalene man har med pasienten. Noen deltakere mente at kommunikasjon er avhengig av hvordan pasientens tilstand var. Hvis pasienten var klar og ærlig om hvorfor de skadet seg, kunne det være en mulighet for å snakke med dem. Noen deltakere følte at det var avhengig av pasientens tilstand, og at man må tenke gjennom hva man sier og hva man spør om. En annen deltaker mente at dype samtaler ikke hjalp mot de som har utført BSSH gjentatte ganger.

5.2.3 Tidsdilemma

Samtlige deltakere mente at pasienter som har utført BSSH er en tidskrevende gruppe. Det ble uttalt av flere deltakere at psykiske helsehjelp er tidskrevende. Pasienter med psykiske problemer tar tid, og vi har knapt med tid på en allmenmedisinsk legevakt. Psykiatripasienter blir ikke fulgt tett som andre pasienter. Ideelt skulle vært å ha mer tid. Noen deltakere lurte på om man kunne funnet bedre løsninger og behandlinger med tanke på tidspresset på legevakten. Hvordan kan sykepleieren i løpet av tjue minutter behandle pasienter som har utført BSSH gjentatte ganger, når spesialisthelsetjenesten har brukt flere år på å nå frem til en forbedring. Disse pasientene tar mye av tid og ressurser:

«ja, og da blir de låst inn på et rom [...] til noen kommer å prate med dem» P1

Flere deltakere påpekte at man ønsket mer tid til å følge opp pasienten, men at tidspresset satt begrensninger for sykepleierne. Tid påvirket sykepleierne på samme måte som for pasienten. En deltaker mente det burde vært raskere behandling av psykisk lidelse fordi ventetid ofte er lengre

for denne pasientgruppen. Det var frustrerende å sitte og vente, og ventetiden gjorde ikke situasjonen bedre verken for pasienten eller sykepleieren. Det kom frem i resultatene at pasienter med psykisk lidelse trenger mer tid enn somatiske pasienter. Deltakerne ønsket å ha mer tid til å snakke med dem, men manglende personell gjør dette lite gjennomførbart. Enkelte i studien mente at pasientens ventetid kunne vært utnyttet mer effektivt til kartlegging av pasientens tilstand. En deltaker nevnte at samarbeidet mellom lege og sykepleier kunne vært mer effektivt dersom pasienten kunne vært kartlagt av sykepleier før konsultasjon med legen. Dette oppleves som mangelfullt ved psykisk lidelse. Sykepleierens rolle kunne bidratt til å samarbeide med legen når det gjaldt psykiatri.

6 Diskusjon

I første delen av dette kapittel skal jeg diskutere resultatene av studien mot den teoretiske bakgrunnen og forskningslitteratur som er beskrevet i kapittel to. I andre del beskrives implikasjoner for praksis og i del tre beskrives diskusjon av metoden.

6.1 Diskusjon av resultater

Hensikten med studien var å utforske og beskrive hvilke erfaringer sykepleiere har på legevakten i møte med unge mennesker som har utført selvskading uten suicidal hensikt. Resultatene fra datamaterialet utforsket ressurser på legevakten og sykepleierens interaksjon med pasienten.

6.1.1 Opplæring og etterutdanning

Hovedårsaken til at denne pasientgruppen oppsøker legevakten er fordi de ikke klarer å håndtere underliggende vonde følelser og ønsker å bli hjulpet. Mange av disse pasientene har ofte en underliggende psykisk kormorbiditet som gjør at legevaktsykepleiere bør ha psykiatrisk kompetanse. Resultatene i studien viste at legevaktsykepleiere ikke følte seg komfortabel med selvskading og psykisk lidelse. Kompleksiteten som karakteriserte denne pasientgruppen (Cyr et al., 2005; Klonsky, 2007; Mietinnen et al., 2021; Tørmoen et al., 2020), gjorde det vanskelig for legevaktsykepleiere å forstå dem, og opplevde dem som en utfordrende gruppe.

Legevaktsykepleierne var klar over sin rolle som første kontaktpunkt i møte med denne pasientgruppen, men manglet kompetanse om selvskading og psykiske lidelse for å gi optimal behandling og omsorg. Legevaktsykepleiere bør tilegne seg ferdigheter for å håndtere det økende antallet av BSSH på legevakten. Pasientene bør møtes av legevaktsykepleiere på en måte som viser forståelse, respekt og empati for å redusere pasientenes negative og vonde følelser.

Økende antallet av unge mennesker som har utført BSSH på legevakten krever at legevaktsykepleiere kan ta seg av de psykiske vurderingene og håndtere behandling og omsorg til denne pasientgruppen. Legevaktsykepleiere i studien indikerte at behandlingsoppgavene fremdeles var mer uklart innenfor psykiatrien enn somatikken, og de følte seg bedre utdannet i somatikken. Psykisk lidelse opplevdes som tungt. Medisinsk behandling ble oftest prioritert fremfor (Robinson & Bailey, 2022; Østervang et al., 2022), behandling rettet mot de underliggende psykiske plager (Walby & Ness, 2009). Deltakerne i studien nevnte at psykiatri var underprioritert på legevakt. Studier til Gibb et al. (2010) og Hill (2022) viste manglende kompetanse i psykiatri. Legevakten

stiller ingen krav til kunnskap i selvsikring eller psykiatrisk kompetanse og majoriteten som jobber på legevakten har ikke tilstrekkelig kompetanse i psykiatri (Gibb et al., 2010; Hill, 2022). Ifølge Rosenqvist (2022) har nedbyggingen av plasser i psykiatrien forårsaket underkapasitet i Norge, både i psykiatriske sengeposter og poliklinisk kapasitet (Rosenqvist, 2022). Det er stort behov for psykiatrisk kunnskap og kompetanse for å håndtere økende antall av bevisst selvsikring og psykisk lidelse på legevakten.

Det kom frem i resultatene at sykepleiernes erfaringer med bevisst selvsikring var selvlærte og de fleste var ikke kjent med retningslinjene. De fikk ingen spesifikk opplæring eller informasjon om BSSH på legevakten. Dette stemte med studier som viste manglende opplæring og tydelige retningslinjer om bevisst selvsikring (Dillon et al., 2020; Mulhearn et al., 2021; NICE, 2013; Robinson & Bailey, 2022) Deltakerne i studien etterlyste tilbud om spesifikk opplæring som inneholder både avansert teoretisk og praktisk kunnskap og ferdigheter til å gi omsorg for disse pasienter på legevakten. Ifølge Helsedirektoratets (2017) anbefalinger skal vurdering av denne pasientgruppen gjøres av kvalifisert helsepersonell og det skal stilles krav til kunnskap og erfaringer (Helsedirektoratet, 2017). Derfor bør fremtidig opplæring av legevaktsykepleiere gjennomføres. Det burde vært krav til obligatorisk kurs om BSSH og treningsøker for å gi legevaktsykepleiere perspektiv på tydeligere pasientbehandlings- og håndteringsplaner. Ifølge Try (2009) hadde lite endret seg i det siste decennia og det er fortsatt nødvendig med fokusert etterutdanning, fjorten år senere. Sykepleiere har fremdeles lite kunnskap i psykisk helsearbeid etter de starter yrkeskarrieren, og psykiatrisk kompetanse og kunnskap bør styrkes i bachelorutdannelsen i sykepleie (Try, 2009).

6.1.2 Opplæring i praktisk kunnskap og omsorg

Resultatene i studien viste at sykepleierne følte seg utilstrekkelige og utrygge fordi man hadde for lite kompetanse om bevisst selvsikring og psykisk lidelse for å ivareta for disse pasientene. Usikkerhet og uvitenhet om behandlingsoppgaver skapte utrygghet. Følelse av maktesløshet (Artis & Smith, 2013; Mulhearn et al., 2021; Rayner et al., 2019), kan føre til at sykepleiere retter oppmerksomhet mot sårskaden og ikke fanger opp pasientens underliggende problemer. Manglende ressurser på legevakten i psykisk kunnskap og kompetanse i dyptgående omsorg (Mulhearn et al., 2021; Rayner et al., 2019) kan føre til frykt, frustrasjon og avmakt hos sykepleiere. Holdningen kan påvirkes negativt og hindrer dem i å skape tillit og vise omsorg, forståelse og empati. Ifølge Østervang et al. (2022) var det nødvendig å vise positiv holdning,

respekt og forståelse for å unngå at disse pasientene slutter å oppsøke hjelp. Det kan ha fatale konsekvenser eller at de skader seg ytterligere (Østervang et al., 2022). Resultatene viste også følelse av maktesløshet hos sykepleiere etter ferdigbehandling på legevakten. Legevakten tilbyr hjelp, men det er begrensning og ineffektiv bruk av oppfølgingstilbudene ifølge deltakerne i studien. Det gis uttrykk for frustrasjon over at systemet svikter disse pasientene, noe som kom frem i flere studier (Koning et al., 2018; Ngune et al., 2021; Tørmoen et al., 2020). Det er nødvendig å se på tilbudene, kompetanse og kunnskap som leveres i helsetjenesteapparatet for å bedre treffsikkerheten. Frustrasjon og maktesløshet opplevdes sterkere i møte med pasienter som har utført BSSH gjentatte ganger (Mulhearn et al., 2021; Østervang et al., 2022). Psykiatriske legevakter kan bidra til å imøtekomme pasientenes behov og muligens redusere antallet av BSSH tilfeller på legevakten.

6.1.3 Et ønske om psykiatriske legevakter

Resultatene viste at det er en sammenheng med legevaktens kapasitet og personal. Studieresultater viste at det er for lite personal til å følge opp og ha tilsyn til disse pasientene. Dette skyldes også legevaktens retningslinjer og organisasjonsstruktur at man må forlate pasienten av hensyn til andre kritiske pasienter. Det kom frem at det er nødvendig med personal med kompetanse i psykiatri som kan ta imot de økende tilfellene av selvskadning og psykisk lidelse. En sykepleier med videreutdanning i psykiatri kan fungere som veileder og støtte med hjelp til vurdering og kartlegging av denne pasientgruppen. Det var behov for egnede rom hvor de ikke kan skade seg ytterligere. Pasientene som ga uttrykk for at legevakten var et fint sted å være, hadde egnede rom tilgjengelig. Det viktigste budskapet som kom frem i studien var et sterkt ønske om psykiatriske legevakter hvor disse pasientene ble tatt imot av kompetent personal og får derfor den oppfølging de trenger. Et støyende og hektisk miljø på en legevakt (Mulhearn et al., 2021) egnet seg ikke for pasienter med psykisk lidelse.

6.1.4 Kompleksiteten i møte med BSSH

For pasienter som har utført BSSH er legevaktsykepleiere det første kontaktpunktet, og et avgjørende moment hvor de fleste pasientene erfarte positive eller negative holdninger rundt selvskadning (Robinson & Bailey, 2022). Resultatene i studien viste at deltakerne følte seg dårlige forberedt i møte med BSSH (Koning et al., 2018; Østervang et al., 2022), og de ikke klarte å møte behovene til denne komplekse pasientgruppen. Kompleksiteten av de underliggende årsaker som utløste BSSH (Tørmoen et al., 2020) i denne studien var fortsatt vanskelige å forstå. Sykepleiere

uttrykte også frustrasjon over folks forventninger til legevaktens ressurser og hvilke ansvar legevakten har. Det kom det frem i denne studien at legevakten ikke skal behandle den psykisk underliggende lidelsen, samtidig lider disse pasientene og trenger hjelp. Interaksjonen mellom legevaktsykepleier og pasienten kan være avgjørende for å forbedre de fysiske og psykiske resultatene til denne komplekse gruppen.

6.1.5 Utfordringer med kommunikasjon

Manglende psykiatriske ferdigheter hadde også konsekvenser for kommunikasjon med pasienten. Resultatene viste at det manglet retningslinjer for hvordan man skal ha dialog med pasienter som har behov for psykisk helsehjelp. På den ene siden var det utfordrende for legevaktsykepleiere å håndtere pasientene som var verbalt utagerende, og på den andre siden vel så vanskelig med de som ikke var villige til å kommunisere (Miettinen et al., 2021; Østervang et al., 2022). Manglende ferdigheter i hvordan de skulle kommunisere og hvilke kommunikasjonsteknikker de burde og skulle bruke gjorde at sykepleiere følte seg utrygge. Studier viste at tidligere negative erfaringer med å få hjelp, eller ikke å klare og verbalisere sine følelser eller årsaken for selvskading (Miettinen et al., 2021; Østervang et al., 2022) kan forårsake at pasientene var motvillige til å kommunisere. Legevaktsykepleierens refleksjon over pasientenes erfaringer og evne til å kommunisere med dem kan være avgjørende for kartleggingen.

6.1.6 Tidsbruk

Pasienter som har utført BSSH kan oppleves som i følelsesmessig ubalanse fordi de ikke er i stand til å ha kontroll over sin atferd. Dette medfører lengre tid med vurdering og behandling, og er årsaken til at de regnes til en tidskrevende gruppe. Tidspress var oftest årsaken til at de ikke kunne gi tilstrekkelig omsorg og oppfølging av pasienten, og tidspress er ugunstig for pasienter som har behov for psykisk helsehjelp (Gibb et al., 2010; Mulhearn et al., 2021). Ventetiden var ofte lengre for disse pasienter enn de med somatisk lidelse som skyldtes nedprioriteringen (MacDonald et al., 2020). Resultatene viste også at tiden ikke ble effektivt benyttet til å se sammenhengen mellom de fysiske, psykiske og sosiale problemene som førte til skaden (Rayner et al., 2019). Selv om tidspress var en tydelig utfordring på legevakten, kan det diskuteres om tiden som brukes på pasienter som har utført BSSH brukes like effektivt som tiden det brukes på pasienter med for eksempel magesmerte.

6.2 Implikasjon for praksis

Å arbeide med unge mennesker med BSSH er krevende, både i behandling og med oppfølging. Sykepleiere kan som følge av dette blir utfordret på egne holdninger. Ledelse har ifølge Helsedirektoratet et viktig ansvar for å ivareta sykepleiere som opplever utfordringer med denne pasientgruppen. Evaluering, veiledning og utvikling av spesifikke retningslinjer bør gis til sykepleiere som gir direkte omsorg til denne pasientgruppen. Opplæring på de unike aspekter ved bevisst selvskading bidrar med og til å opprettholde et forsvarlig tilbud for å håndtere de oppgavene sykepleiere har ansvar for (Helsedirektoratet, 2017). Resultatene viste behov for forbedring av kunnskapsbasert praksis i BSSH på legevakten, som igangsetting av behandling og gi bedre omsorg (Holland et al. 2020). Avansert klinisk allmenmedisinsykepleiere sin rolle kan bidra med veiledning og utvikling av spesifikke retningslinjer og kunnskapsbasert praksis for denne sårbare pasientgruppen. Det er behov for forsterkning av sykepleiere med kompetanse i psykiatri på legevakten.

Forslag til fremtidig forskning som kan bidra til temaet kan være fokusgruppeintervjuer i en bredere samling enn individuelle intervjuer, og komparative studier kan bidra med likheter og forskjellen mellom legevaktsykepleiernes erfaringer på psykiatrisk og allmenmedisinsk legevakt i møte med denne pasientgruppen. Et annet forslag til fremtidig forskning er å utforske hvilke erfaringer har pasienter som har utført BSSH og deres behov på legevakten. Videre forskningsspørsmål bør utforske hvordan man kan forbedre effektivitet for å gi psykisk helsehjelp til denne sårbare pasientgruppen på legevakt.

6.3 Diskusjon av metode

6.3.1 Reliabilitet

I kvalitative studier er metodisk refleksjon et viktig grunnlag for reliabilitet. Reliabilitet knyttes til spørsmålet om en kritisk vurdering av studien som gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2016). I kvalitativ forskning brukes ofte intervjuer, observasjoner, og forskers egen erfaringsbakgrunn, og det er derfor vanskelig for en annen forsker å duplisere en annen forskers forskning og tolke det på samme måte (Johannessen et al., 2017). Min bakgrunn og førforståelse har jeg beskrevet i kapittel to og fire som gir mulighet til vurdering av min pålitelighet. Jeg har styrket troverdigheten ved å gjøre forskningsprosessen transparent ved å gi

en detaljert beskrivelse av fremgangsmåten av forskningsstrategi og analysemetoden i kapittel to og fire (Thagaard, 2016). Data ble samlet inn med hjelp fra intervjuguiden. Utforming av intervjuguiden ble drøftet med veileder og på seminar med medstudenter, for å sikre at spørsmålene var relatert til studiens problemstilling. Jeg har gjort rede for hva som er sitater av intervjuteksten og hva som er mine tolkninger og beskrivelser. Jeg har vært bevisst på å være så nøytralt som mulig under intervjuene, og har lagt vekt på at deltakerne kunne snakke så fritt som mulig. Jeg har muligens gjennom gjenkjennbare arbeidssituasjoner gitt non verbale bekreftende uttrykk, som kunne ha påvirket svarene til deltakerne. Styrke min var at jeg har kjennskap til feltet som legevaktssykepleier og beholdt nøytraliteten ved å ta innsamlingen av data ved to andre legevaktsentraler. Min forståelse om temaet og åpenhet mot deltakerne hadde inflyttelse på den informasjonen jeg fikk. Svakheten i studien kan være at jeg ikke har hatt norsk som morsmål. Det ligger mye kultur i det språklige, som kan ha ført til at jeg har gått glipp av noe. Også mine egne erfaringer og tilknytning til miljøet kan ha ført til at jeg har oversett nyanser som var ulike fra mine egne erfaringer (Thagaard, 2016). En annen svakhet var at deltakeren som ble forespurt til pilotintervjuet hadde høyere utdanning, og kan derfor ha vært mer fortrolig med intervjusituasjonen og mer reflektert over egen situasjon enn de øvrige deltakerne. I hvilken grad denne deltakeren ble styrende for analysen var viktig, og hvilken betydning denne skjevheten kunne ha. Informasjonen fra intervjusamtalene var stort sett like for alle deltakerne. I resultatdelene har jeg bevisst brukt lik mengde sitater fra hver deltaker, for å videreføre deltakernes stemmer. Deltakernes konfidensialitet ble anonymisert med kodenumre for å beskytte deltakerne. Kodenumrene hadde også en forskningsmessig betydning slik at leserne ble rettet etter generaliserbare mønstre i datamaterialet, fremfor å forstå teksten som en gjengivelse om spesifikke situasjoner eller personer (Thagaard, 2016). Syv deltakere deltok i denne studien, og 85 prosent av deltakere hadde mellom to og fire år med arbeidserfaring på legevakten. Utvalget ble hensiktsmessig selektert i forhold til prosjektets problemstilling. Allikevel kan dette tilgjengelighetsutvalget ha gitt en skjevhet for de personene som ikke var villige til å delta, som kunne ha representert andre sider ved temaet. Inklusjonskriteriene sikret at intervjupersonene hadde arbeidserfaring i forhold til problemstillingen. I hvilken grad resultatet ble påvirket av at det kun deltok en sykepleier med lang erfaring fra legevaktsarbeid og en sykepleier med høyere utdanning som kunne gitt mer nyansert informasjon, er uvisst for meg. For å øke sannsynligheten for troverdige resultater ble intervjuene tatt på tre interkommunale legevakter for å oppnå nyanser og ulike synspunkter og erfaringer. De syv deltakerne ga interessant informasjon om fenomenet.

6.3.2 Validitet

I kvalitative studier er begrunnelser for tolkninger et viktig grunnlag for validitet (Thagaard, 2016). Metodevalg i denne studien ble valgt fordi det finnes lite forskning om dette emnet i Norge, og kvalitativ forskning gir innsikt i et fenomen som er lite kjent. Studiens gjennomsiktighet ble vist ved å tydeliggjøre grunnlaget for fortolkninger, og hvordan tematisk analyse ga grunnlag for de konklusjonen jeg har kommet frem til (Thagaard, 2016). Min avveieelse for tematisk analyse var at den egner seg for å analysere tekster, og var mindre komplisert å forstå for meg som masterstudent. Tematisk analyse er ikke en effektiv og beskrivende oppsummering av svarene rundt temaer, men en metode for å identifisere mønstrets mening på tvers av datasettet og en konseptualisering av temaer (Braun & Clarke, 2016). Begrunnelse for tematisk analyse var at den legger vekt på hva jeg så etter som sentrale begrepene i materialet og hvordan disse begreper forhold seg til hverandre. En svakhet kan være at personlige argumenter og meninger i teksten ikke blir belyst, og en alternativ analysemetode kunne vært manifest innholdsanalyse. Den baseres på å analysere innhold av tekster som er relevante for å belyse spesifikke problemstillinger uten å endre den originale meningen, og resultatet kunne muligens gitt andre funn. I denne studien deltok syv legevaktsykepleiere fra tre ulike legevakter. Jeg mener at det var et hensiktsmessig utvalg til å gjøre rede for resultatene.

6.3.3 Overførbarhet

Grunnlaget for ekstern validitet eller overførbarhet relateres til mine fortolkninger av sykepleiernes erfaringer i møte med unge mennesker som har utført BSSH, kan være relevant for andre legevaktsentraler (Thagaard, 2016). Overførbarhet knyttes også til gjenkjennelse. Hensikten med intervjuene var ikke bare å få innsikt i sykepleierens erfaring på legevakt i møte med unge mennesker som har utført BSSH, men også om andre sykepleiere kan kjenne seg igjen i mine tolkninger, og på denne måten bidra til en bedre forståelse av problemstillingen. Denne studien baseres på syv deltakere og dersom overførbarheten av disse funnene skulle vært gyldige for alle norske legevakter burde man trekke et tilfeldig utvalg i alle norske legevakter. Muligheten for overførbarhet er derfor ikke til stede, men mine tolkninger kan være relevant til videre forskning om dette temaet (Thagaard, 2016).

7 Konklusjon

Legevaktsykepleierne har en viktig rolle som første kontaktperson. Interaksjonen mellom legevaktsykepleiere og pasienten er avgjørende for å forbedre den fysiske og psykiske omsorgen for denne komplekse og sårbare pasientgruppen. Utvalget i denne studien var legevaktsykepleiere uten videreutdanning i psykiatri, fordi majoriteten av sykepleiere som jobber på legevakten, har ingen eller tilstrekkelig videreutdanning i psykiatri. Utvalget gjenspeiler den aktuelle situasjonen på legevakter. Resultatene var ikke uforventede, og det bekrefter at legevaktsykepleiere manglet viktig kunnskap i møte med unge mennesker som har utført BSSH. Legevaktsykepleierne følte seg ikke komfortable og godt nok forberedt til å ivareta unge mennesker som har utført BSSH. Fremtidig opplæring i psykiatrisk kompetanse og kommunikasjonsferdigheter burde integreres for å sikre at alle er kvalifiserte førstehjelpere. Opplæringen bør gi legevaktsykepleiere perspektiv og inneholde både spesifikk teoretisk og praktisk kunnskap, og ferdigheter til vurdering og omsorg for denne pasientgruppen. Studien viste at det kan være nødvendig med utvikling av spesifikke retningslinjer som vil redusere usikkerhet og utrygghet for legevaktsykepleierne. Studien viste at det kan være behov for psykiatriske legevakter for å gi kvalifisert omsorg og behandling til de økende tilfeller av bevisst selvskading og psykiatri på legevakten.

8 Litteraturliste

- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=akutt%20forskriften>
- Artis, L. & Smith, J. R. (2013). Emergency Department Staff Attitudes Toward People Who Self-Harm. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(3), 259-269. <https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31829d202b>
- Bergen, H., Hawton, K. (2007). Variations in time of hospital presentation for deliberate self-harm and their implications for clinical services. *Journal of affective disorders*, 98(3), 227-237. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.007>
- Braun, V. & Clarke, V. (2016). (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739-743. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>
- Braun, V., Clarke, V. (2022). *Thematic Analyses* (1. utg.). SAGE.
- Butler, J. A. (2016). Self-harm. *Medicine*, 44(12), 715-719. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.09.003>
- Carison, A., Babl, F. E. & O'Donnell, S. M. (2022). Increased paediatric emergency mental health and suicidality presentations during COVID-19 stay at home restrictions. *Emergency Medicine Australasia*, 34(1), 85-91. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13901>
- Conlon, M. & O'Tuathail, C. (2012). Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale. *International Emergency Nursing*, 20(1), 3-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2010.08.001>
- Cyr, M., McDuff, P., Wright, J., Thériault, C. & Cinq-Mars, C. (2005). Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(2), 49-68. Hentet fra: https://doi.org/10.1300/j070v14n02_03
- Dillon, C. B., Saab, M. M., Meehan, E., Goodwin, M. J., Murphy, M., Heffernan, M. S., Greaney, M. S., Kilty, C., Hartigan, I., Chambers, D., Twomey, U. & Horgan, A. (2020). Staff awareness of suicide and self-harm risk in healthcare settings: A mixed-methods systematic review. *Journal of affective disorders*, 276, 898-906. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.113>
- Favazza, A. R. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11(3), 21-25.
- Fikke, L. T. (2011). *Non-suicidal self-injury in adolescents: executive functions and the role of Serotonin in impulsivity* (Publikasjonsnr. 282) [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-29129>
- Gibb, S. J., Beautrais, A. L. & Surgenor, L. J. (2010). Health-care staff attitudes towards self-harm patients. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(8), 713-720. <https://doi.org/10.3109/00048671003671015>
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J. & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000–2012. *Journal of affective disorders*, 175, 147-151. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
- Helsedirektoratet. (2014,). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Helse og Omsorgsdepartement. https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf

- Helsedirektoratet. (2017). *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging*. Hentet 30.11.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvsmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/innholdet-i-tjenestetilbudet/det-er-et-stort-potensiale-for-a-redusere-forekomsten-av-selvskading-og-selvsmord-ved-hjelp-av-kommunens-tjenesteapparat>
- Helsedirektoratet. (2021). *Diagnoser på legevakt*. Hentet 13.11.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk-om-allmennlegetjenester/diagnoser-pa-legevakt>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Hill, R. (2022). Nursing staff confidence and knowledge when caring for people with self-harm injuries: a service improvement study. *British Journal of Nursing*, 31(4), S42-S50. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.4.S42>
- Holland, J., Sayal, K., Berry, A., Sawyer, C., Majumder, P., Vostanis, P., Armstrong, M., Harroe, C., Clarke, D. & Townsend, E. (2020). What do young people who self-harm find helpful? A comparative study of young people with and without experience of being looked after in care. *Child & Adolescent Mental Health*, 25(3), 157-164. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/camh.12384>
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L. & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375.
- Johannessen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L., (2017). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag AS.
- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (2018). *LEGEVAKT håndboken*. Gyldendal Akademisk. www.lvh.no
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M. & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>.
- Koning, K. L., McNaught, A. & Tuffin, K. (2018). Emergency Department Staff Beliefs About Self-Harm: A Thematic Framework Analysis. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 814-822. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0178-8>
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lewis, S. P. & Santor, D. A. (2010). Self-Harm Reasons, Goal Achievement, and Prediction of Future Self-Harm Intent. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 362-369. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181da8500>
- Nasjonalt institutt for fremragende helse og omsorg. NICE. (2013). *Selvskading kvalitetsstandard*. Hentet fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs34/resources/selfharm-pdf-2098606243525>
- MacDonald, S., Sampson, C., Turley, Biddle, L., Ring, N., Begley, R., Evans, R. (2020). Patients' Experiences of Emergency Hospital Care Following Self-Harm: Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Research. Hentet fra: <https://doi.org/10.1177/1049732319886566>
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. d., Corcoran, P., Fekete, S., Heeringen, K. v., Leo, D. D. & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>

- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E.D., Moran, P., O'Connor, R.C., Tilling, K., Wilkinson, P. Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*, 6, 327-337. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/52215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/52215-0366(19)30030-6)
- Miettinen, T. M., Kaunonen, M., Kylmä, J., Rissanen, M.-L. & Aho, A. L. (2021). Experiences of Help From the Perspective of Finnish People Who Self-Harmed During Adolescence. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(10), 917-928. Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1904468>
- Mehlum, L. (2017, 17.03.). *Selvskadning går ikke over av seg selv*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra: <https://www.sykepleien.no>
- Moland, A. & Solvang, R. (2019). Det skjulte nettverket. *NRK. no*.
- Mulhearn, P., Cotter, P., O'Shea, M. & Leahy-Warren, P. (2021). Experiences of registered general nurses who care for patients presenting with self-harm to the emergency department in Ireland. *International Emergency Nursing*, 58, 101047. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101047>
- Ngune, I., Wynaden, D., McGough, S., Janerka, C., Hasking, P. & Rees, C. (2021). Emergency nurses' experience of providing care to patients who self-harm. *Australasian Emergency Care*, 24(3), 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.10.004>
- Nilsen, T. M. (2022). Revidert nasjonalbudsjett 2022: Alarmerende for fastlegeordningen. *Tidsskrift Den Norske Legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2022/06/aktuelt-i-foreningen/revidert-nasjonalbudsjett-2022-alarmerende-fastlegeordningen>
- Ogilvie, R., Curtis, K., Lam, M., McCloughen, A. & Foster, K. (2014). The Burden of Youth: Major Traumatic Injury in Adolescents and Young Adults Managed in the Australian Capital Territory. *Journal of Trauma Nursing*, 21(5), 218-227. Hentet fra: <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000068>
- Osborg Ose, S., Tveit, T., Mehlum, L. (2021). Non-suicidal self-injury (NSSI) in adult psychiatric outpatients – A nationwide study *Journal of Psychiatric Research*, 133, 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.031>
- Rayner, G., Blackburn, J., Edward, K. I., Stephenson, J. & Ousey, K. (2019). Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 40-53.
- Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). Descriptions of Help by Finnish Adolescents Who Self-Mutilate. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(1), 7- 15 <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2008.00164.x>
- Robinson, J. & Bailey, E. (2022). Experiences of care for self-harm in the emergency department: the perspectives of patients, carers and practitioners. *BJPsych Open*, 8(2), e66, Artikkel e66. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.35>
- Rosenqvist, R. (2022, 13. mai). Det er krise i norsk psykiatri. *Vårt Land*. <https://www.vl.no/mening/verdidebatt/2022/05/13/det-er-krise-i-norsk-psykiatri/>
- Sommerfeldt, B. & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskadning? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0454>
- Stänicke, L. I., Haavind, H. & Gullestad, S. E. (2018). How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm. *Adolescent Research Review*, 3(2), 173-191.
- Thagaard, T. (2016). *Systematikk og innlevelse* (4. utg.). Fagbokforlaget.

- Try, E. (2009). En utdanning uten identitet. *Sykepleien*, 94(19), s. 40-45.
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2006.0028>
- Tørmoen, A. J., Myhre, M.Ø., Walby, F.A., Grøholt, B., Rossow, I.M. (2020). Endring i forekomst av villet egenskade hos ungdom. *Suicidologi*, 25 (3).
- Ystgaard, M. (2003) «Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater for forebyggende arbeid», *Suicidologi* Vol. 8, nr. 2.
- Wadman, R., Vostanis, P., Sayal, K., Majumder, P., Harroe, C., Clarke, D., Armstrong, M. & Townsend, E. (2018). An interpretative phenomenological analysis of young people's self-harm in the context of interpersonal stressors and supports: Parents, peers, and clinical services. *Social Science & Medicine*, 212, 120-128.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.021>
- Walby, F. A., Ness, E. (2009). Psykiatrisk behandling av selvskading på legevakt. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 129(9), 885-887. Hentet fra:
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0417>
- Østervang, C., Geisler Johansen, L., Friis-Brixen, A. & Myhre Jensen, C. (2022). Experiences of nursing care for patients who self-harm and suggestions for future practices: The perspectives of emergency care nurses. *Int J Ment Health Nurs*, 31(1), 70-82.
<https://doi.org/10.1111/inm.12933>
- Øverland, S. (2006). *Selvskading En praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget.

9 Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltagelse

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Sykepleierens erfaringer på legevakt i møte med unge mennesker som har utført selvskading”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske sykepleierens erfaring i møte med unge mennesker som har utført selvskading. I dette skrivet gir vi deg informasjon om hensikten med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål

Prosjektet er en masteroppgave i avansert klinisk allmennsykepleie på Universitetet i Sørøst Norge.

Prosjektet ønsker å utforske hvordan sykepleiere på legevakter tar imot unge pasienter (16-25 år) som har utført selvskading. Hensikten med studien er å beskrive sykepleierens erfaringer og verdifulle tilbakemeldinger som vil skape større forståelse rundt temaet.

Det er av betydning at sykepleierne har erfaringer relatert til unge mennesker som har utført selvskading og ikke har videreutdanning i psykiatri.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Sør Øst Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er sykepleier med minimum 50% fast stilling og har jobbet mer enn 24 måneder på legevakten.

Du er sykepleier uten videreutdanning i psykiatri.

Dine kontaktopplysninger fåes etter tillatelse til prosjektet av virksomhetsleder ved legevakten.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i studien vil du bli intervjuet av masterstudenten, Miriam van Schijndel.

Intervjuet vil vare ca en time og holdes på et egnet sted på arbeidsplassen.

Det er et åpent semistrukturert intervju hvor du vil bli spurt om din erfaring unge med pasienter som har utført selvsykdom uten suicidal hensikt og din opplevelse av hvordan du møter disse pasientene.

Intervjuene vil bli anonymisert, og det vil ikke lagres personopplysninger om deg.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene som knyttes til deg behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun prosjektansvarlig har tilgang til opplysningene. Intervjuene vil bli tatt opp med diktafon og transkripsjoner oppbevares på kryptert minnepenn. Det transkriberte materialet vil ikke inneholde personopplysninger. Lyddopptakene slettes når prosjektet avsluttes. Samtykkeerklæringen vil bli oppbevart innelåst i safe.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 15 september 2022. Etter at masteroppgaven er vurdert vil innsamlet data bli makulert.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rette opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Miriam van Schijndel, mobil 932 37 385, e-post mmlvs123@gmail.com eller veileder Vivi Lycke Christensen ved Universitet i Sørøst-Norge, e-post vivi.l.christensen@usn.no
- Personvernombud ved Universitet i Sørøst Norge, e-post personvernombud@usn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig/veileder:

Student:

Vivi Lycke Christensen

Miriam M.L. van Schijndel

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Sykepleierens erfaringer på legevakt i møte som har utført selvskading*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Referansenummer

135028

Prosjekttittel

Sykepleierens erfaringer på legevakt i møte med unge mennesker som har utført selvskadning

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Vivi Lycke Christensen, Vivi.L.Christensen@usn.no, tlf: 31009115/98842024

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Miriam Maria Louise van Schijndel, mmlvs123@gmail.com, tlf: 93237385

Prosjektperiode

10.03.2022 - 16.09.2022

Vurdering (1)

17.03.2022 - Vurdert

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuspørsmål
Hvor mange år har du jobbet ved legevakten?
Du har erfaring med unge mennesker som har utført selvskading?
Har du fått noe opplæring om selvskading?
Har du hatt noe kurs om selvskading?
Hvordan har dette hjulpet deg?
Kan du fortelle om din første opplevelse i møte med selvskading på legevakten?
Hvordan kommer du pasienten i møte som har utført selvskading?
Hvordan erfarer du oppholdet på legevakten for disse pasienter?
Hvordan vil et ideelt møte vært for deg å møte unge mennesker som har utført selvskading?
Hvilke muligheter ser du å bidra med i møte med unge mennesker som har utført selvskading på legevakten?
Hvilke begrensninger ser du i møte med unge mennesker som har utført selvskading på legevakten?
Hvordan hjelper behandlingsprosedyren deg i møte med disse pasienter?